

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 79

LE MÉDECIN
ET LA PROPHYLAXIE
DE
L'ACCIDENT D'AUTOMOBILE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 décembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis MATINIER

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né à HYDS (Allier), le 15 Août 1900



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

**LE MÉDECIN ET LA PROPHYLAXIE
DE L'ACCIDENT D'AUTOMOBILE**

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 79

LE MÉDECIN
ET LA PROPHYLAXIE
DE
L'ACCIDENT D'AUTOMOBILE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 décembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis MATINIER

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né à HYDS (Allier), le 15 Août 1900



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinales.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	X.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	MARTIN (Etienne)
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Puériculture et hygiène de la première enfance.....	MM. CHATIN
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
GARIN	DUROUX	ROUBIER	SANTY
SAVY	TRILLAT	FAVRE	DUNET
FROMENT	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
PIERY	ROCHAIX	LEULIER	NOEL
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. Etienne MARTIN, président; TAVERNIER, assesseur;
ROUBIER et MAZEL, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Ravi trop tôt à notre affection.
Pieux souvenir.

A MA MÈRE

Elle restera pour nous, l'expression la plus
parfaite de la bonté et du dévouement.

Nous lui dédions ce travail, modeste témoi-
gnage de notre infinie gratitude.

A MA GRAND'MÈRE PATERNELLE

A MA FILLEULE PAULETTE SABATIER

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE MARTIN

*Professeur de Médecine légale à la Faculté
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Pour le grand honneur qu'il nous a fait en
acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. MAZEL

*Professeur agrégé de Médecine légale
Chevalier de la Légion d'Honneur*

A MES JUGES

AVANT-PROPOS

Pour mener à bien ce travail, nous avons été obligé de recueillir des documents aux sources les plus diverses. Nous avons ainsi expérimenté combien les données de la statistique doivent être passées au crible d'une critique sévère, mais nous avons eu aussi la bonne fortune de voir notre tâche de documentation grandement simplifiée par l'amabilité de ceux à qui nous nous sommes adressés. Nous les en remercions et nous exprimons d'une façon toute spéciale notre gratitude, pour les facilités qu'ils nous ont données, chacun dans sa sphère, à M. Zollinger, substitut doyen de M. le Procureur de la République à Lyon, à M. Vernet, secrétaire général de la Préfecture du Rhône, à M. Demolliens, chef de bureau de la circulation à Paris, à M. Bonnetain, secrétaire de l'A. C. R.

Nous savons gré aux Maisons Michelin, Peugeot et Renault, des indications qu'elles ont bien voulu nous fournir.

Ce travail a été conçu à l'inspiration du Professeur agrégé Mazel et poursuivi sous sa direction ; il nous a

fait bénéficier des ressources de son esprit critique, rompu aux subtiles discussions du Palais. Nous avons trouvé auprès de ce Maître un accueil toujours bienveillant.

Qu'il nous permette en lui exprimant notre vive reconnaissance, de l'assurer de notre respectueux attachement.

LE MEDECIN ET LA PROPHYLAXIE DE L'ACCIDENT D'AUTOMOBILE

INTRODUCTION

Le début de ce siècle a vu s'ouvrir une ère de grande prospérité pour l'industrie automobile. Les fabricants se sont multipliés et le nombre des voitures mises en circulation a tellement augmenté qu'aujourd'hui, ce genre de locomotion est à la veille de supplanter tous les autres.

Cette transformation a des rapports très étroits avec l'évolution même de la vie économique : celle-ci devenant chaque jour plus active et plus intense nécessite l'emploi et par conséquent la création de moyens de transports rapides. On pourrait invoquer d'autres raisons (augmentation de la prospérité individuelle, désir de jouir de la vie) ; même en admettant que ces derniers motifs puissent être passagers, il n'en est pas moins exact que l'ampleur du mouvement est loin d'avoir atteint son maximum puisqu'il dépend de facteurs économiques généraux qui ne cessent de croître chaque jour.

Quelques chiffres sont nécessaires pour préciser

cette rapidité du développement de la locomotion automobile. Le 1^{er} mai 1898, époque où le fisc imposa le nouveau mode de locomotion, on dénombra 1672 voitures. Ce chiffre s'élève rapidement : il passe à 12.984 en 1903 ; 53.669 en 1910 ; 64.209 en 1911 ; 76.711 en 1912 ; 90.959 en 1913 ; 107.533 en 1914. En 16 ans, la circulation automobile s'était donc accrue de près de 100.000 véhicules. La guerre vint mettre un frein à cet essor. Mais l'élan reprit dès l'armistice. En 1920, on recense 236.725 voitures ; en 1922 : 289.288 (sans les cyclecars). En 1923, 363.152 et au 1^{er} janvier 1924, 447.915 (dont 54.571 voitures publiques).

De 1913 à 1914, nous avons donc une augmentation de 14.248 voitures ; de 1923 à 1924, ce chiffre passait à 84.763, chiffre non atteint pour la période décennale de 1903 à 1913.

Ce développement n'est d'ailleurs pas particulier à notre pays ; dans le monde civilisé, un fait analogue est enregistré et nous n'arrivons qu'en cinquième position quant à la proportion du nombre des véhicules automobiles par rapport au nombre d'habitants. Les Etats-Unis ont une voiture pour 6 habitants, ; le Canada, 1 pour 14 ; la Nouvelle-Zélande, 1 pour 21 ; l'Angleterre, 1 pour 57, et la France, 1 pour 69 habitants.

Sans nul doute, nous nous rapprocherons des chiffres supérieurs, et même sans atteindre la densité américaine, il nous est permis d'avoir pour un avenir prochain quelques appréhensions quant à la commodité de la circulation dans nos rues toujours étroites et non adaptées aux exigences nouvelles.

Déjà, et parallèlement à cette intensification de la circulation, la chronique des quotidiens nous révèle des accidents de plus en plus nombreux, de plus en plus graves.

Un correspondant du *New-York Times* écrit le 29 novembre 1924 : « Les horreurs de la guerre sont moins angoissantes que les horreurs de la paix; l'automobile a prouvé qu'il était un chef-d'œuvre de mécanisme bien plus destructeur que la mitrailleuse... »

« Le passant dans la rue est moins en sécurité que le soldat dans la tranchée... »

Ces sombres réflexions, quelque exagérées qu'elles soient, sont pourtant justifiées dans une certaine mesure par les statistiques américaines. Aux Etats-Unis on a 1 mort par l'automobile pour 1.000 décès en 1900 ; on en a 12 en 1922 ! (*Presse Médicale*, du 29 août 1925.)

L'automobile apparaît dans ce pays comme une des principales causes de la mortalité, arrivant immédiatement après la grippe.

Grippe	10.193
Automobile	10.168
Typhoïde	8.007
Angine de poitrine.....	8.031
Cirrhose du foie.....	6.598
Alcoolisme	1.611

En France, pour beaucoup de raisons, le tableau ne nous apparaît point aussi sombre. A Paris, où le nombre des voitures en circulation a augmenté de 428 %

de 1913 à 1923, les accidents mortels sont seulement passés de 98 à 194. Au taux de 1913, cela eût fait près de 400 victimes !

Il suffit pour en avoir l'impression de parcourir chaque jour les colonnes des grands quotidiens. Certains de ces derniers ont même réservé une rubrique spéciale à l'accident d'automobile ou plutôt aux accidentés victimes de l'automobile, sous le titre pittoresque : les « Martyrs de la rue ».

A Lyon, les registres de la Morgue nous permettent, mais dans une certaine mesure seulement, de nous rendre compte de l'accroissement des accidents.

En 1914 on autopsia 1 mort par l'automobile ; en 1918 : 3 ; en 1922 : 2 ; en 1924 : 6 ; en 1925 jusqu'à ce jour : 7.

Mais il faut tenir compte que seuls sont conduits à la Morgue les cadavres des sujets qui ont succombé avant leur arrivée à l'hôpital, et dont l'identification n'a pas été immédiate ; il faut en outre indiquer que lorsqu'il ne semble y avoir aucun doute sur les circonstances de l'accident, l'autopsie n'est pas ordonnée.

Il nous a paru nécessaire pour apprécier sur des bases plus exactes le danger créé à l'heure actuelle par la circulation automobile de rechercher au Parquet de Lyon la fréquence des procès-verbaux dressés pour accidents d'automobile en général. En 1912, il y eut 54 accidents non mortels au moment où a été dressé le procès-verbal, et 5 mortels. En 1924, ces chiffres passent à 354 accidents non mortels et 31 mortels ; ces chiffres sont valables pour le seul arrondissement de Lyon. Peut-être plus représentative de la vérité que la

statistique précédente est l'opinion unanime des magistrats du Parquet ; ceux-ci estiment que la grande majorité des faits poursuivis comme homicides ou blessures par imprudence résultent d'accidents d'automobile...

Récemment, le *Journal Officiel* publiait des chiffres qui ont sans doute la valeur relative de toute statistique, mais qui n'en sont pas moins démonstratifs :

Au cours de 1924, il y eut 1.594 morts, dont 484 chauffeurs et occupants des voitures, et 1.142 passants.

Pendant le premier semestre de 1925 : 779 morts dont 269 conducteurs ou occupants, et 644 passants.

Donc, en dix-huit mois, 2.373 morts par l'automobile !

Le *Journal Officiel* ne parle que des morts dans un délai de six mois ; le chiffre des blessés est évidemment beaucoup plus important. Si l'on tient compte qu'il s'agit de blessures relativement graves (traumatismes thoraciques ou abdominaux, fractures des membres, lésions vertébrales ou cranio-encéphaliques), dont la guérison souvent incomplète, demande de longs mois, on se rend compte des conséquences individuelles et sociales importantes de l'accident d'automobile.

La rançon du développement de ce mode de locomotion est actuellement représentée par une somme élevée de souffrances, de journées de travail perdues, de réduction de la capacité professionnelle et par conséquent du rendement général.

Qu'un pays comme les Etats-Unis, tout débordant de jeunesse et de vie, puisse supporter une telle déper-

dition de son capital humain, la chose est à la rigueur possible ; mais en France, notre natalité faible, les lourds sacrifices de la guerre en vies humaines nous imposent le rigoureux devoir de restreindre dans la plus large mesure possible cette cause d'affaiblissement de l'organisme social.

Cette lutte nécessaire, les pouvoirs publics l'ont sans doute déjà entreprise en une certaine mesure ; à juste titre, les épreuves du brevet de capacité, simple formalité autrefois, sont actuellement plus sérieuses et permettent d'éliminer, grâce aux attributions plus étendues conférées aux inspecteurs techniques, un certain nombre de candidats de toute évidence insuffisants. Le code de la route a été modifié, complété, précisé. Les pouvoirs des préfets ont été légèrement renforcés.

A Paris, plus spécialement les règles relatives à la circulation se multiplient. Ces diverses mesures ajoutées les unes aux autres sont certes susceptibles d'améliorer la situation ; mais, pour la solution d'un problème aussi complexe, et en vue d'obtenir non pas un résultat entièrement favorable, ce qui serait de la pure utopie, mais le résultat le plus large auquel il soit possible de prétendre, il est indispensable d'utiliser toutes les méthodes prophylactiques dont on dispose.

Nous voudrions établir par ce travail, que le médecin, défenseur voué de la santé publique, a sa place de technicien, de spécialiste, toute marquée dans cette lutte nécessaire. Ne peut-on soutenir d'ailleurs avec raison qu'il est peu de questions sociales, dans lesquelles son intervention ne puisse être suivie d'effets heureux. A vrai dire, cette question n'est pas toute nouvelle :

elle est entrée depuis peu dans les préoccupations médicales.

En 1922, le Professeur Balthazard présentait un rapport à l'Académie de Médecine ; rapport dont les conclusions nous ont servi de base et dont les idées maîtresses sont exposées au cours de ce travail. La même année, la Société des Sciences Médicales de Bordeaux adopte un vœu de principe analogue. Le 8 juin 1923, le Comité Médical des Bouches-du-Rhône demande aux autorités locales compétentes qu'un examen médical soit exigé pour tout conducteur de véhicule hippomobile ou automobile.

Le Docteur Siraud consacre un article à « La conduite de l'automobile et le certificat médical » dans la *Revue de l'A. C. R.*, en mai 1923.

Dans le *Journal de Médecine de Lyon*, MM. Jude et Fribourg-Blanc publient le 29 novembre 1924 un article documenté sur « La nécessité de contrôle des aptitudes physiques et mentales pour la conduite des véhicules automobiles ».

Enfin, en mai 1925, a lieu l'intervention très importante car très documentée, de la Société Médico-Psychologique.

A la Société de Médecine légale de France, le 20 avril 1925, M. Piédelièvre soulève aussi la question de l'examen médical des chauffeurs.

Le fait mis en évidence dans ces divers travaux est le suivant : Nombre d'accidents d'automobiles sont dus à ce que le chauffeur est en réalité inapte à conduire. Le danger qu'il crée est donc réel.

L'idée qui découle de ces données est qu'un examen médical doit être imposé au candidat automobiliste,

puisque dans nombre de cas il existe une inaptitude qui peut être décelée par un examen médical.

Tel est le thème général que nous nous proposons de développer en le précisant toutefois.

Mais avant d'entreprendre cette étude, il paraît nécessaire de répondre à une objection qui viendra naturellement à l'esprit de certains ! Les mesures que nous préconisons (c'est-à-dire l'examen médical avant délivrance du permis, après un accident de quelque importance, comme aussi l'examen médical systématiquement pratiqué à intervalles réguliers), ne constituent-elles pas une mesure d'une part attentatoire à la liberté individuelle, plus théorique que pratique d'autre part.

Ces deux faces de l'objection méritent d'être étudiées successivement.

Il est certain qu'exiger de tout candidat au permis de conduire un certificat médical constatant qu'il présente les aptitudes nécessaires, c'est en somme refuser à certaines personnes qui en auraient le désir, la possibilité de conduire une voiture automobile, c'est par conséquent restreindre en quelque manière leur liberté. Mais la vie sociale n'exige-t-elle pas, et par conséquent ne légitime-t-elle pas à tous les instants des mesures de cet ordre, qui sont à un degré plus ou moins marqué une gêne, une restriction de la liberté de chacun. Cette liberté s'arrête là où commence la liberté des autres et nous dirions volontiers : leur sécurité. L'opinion publique ne s'étonne pas que des enfants convalescents d'une maladie contagieuse soient éloignés de l'école jusqu'au moment où ils cessent d'être dangereux pour leurs petits camarades. Elle ne s'étonnerait

pas davantage de voir supprimer ou atténuer par des mesures appropriées le véritable danger public que constituent certaines catégories de chauffeurs.

Mais le dépistage médical de ces personnalités nocives est-il possible en fait ? Ne constitue-t-il pas plutôt un désidératum théorique d'un intérêt pratique médiocre ou nul ?

Remarquons tout d'abord que l'objection que nous soulevons ainsi sera constamment formulée en présence de toute innovation et de tout effort pour baser l'organisation sociale sur des règles ou des méthodes scientifiques. Le fait s'explique aisément : beaucoup de tentatives dans cet ordre d'idées tiennent insuffisamment compte des réalités ; d'autre part, nombre de gens n'aiment guère ce qui peut troubler leurs habitudes. Enfin, n'est-il pas de bon ton de professer vis-à-vis de ceux qui font un effort vers une organisation sociale plus rationnelle un scepticisme souriant ?

Dans l'objection que nous avons formulée et dont notre travail établira l'inanité, il y a pourtant, comme dans toute erreur, une âme de vérité : il faut se défendre des excès et des applications trop dogmatiquement absolues, tenir compte des relativités ; nous pensons ne point avoir oublié cette nécessité comme le montreront les réserves que nous apporterons relatives au résultat prophylactique fourni par l'examen médical et aux conditions même dans lesquelles cet examen pourra être réalisé.

Tout aussi bien à l'heure actuelle, l'unanimité semble-t-elle être réalisée dans le corps médical. Les vœux autorisés émis par les sociétés savantes et par les au-

teurs précités en sont le témoignage. Certains même autrefois, tout à fait opposés à la thèse que nous soutenons et qui mettaient en doute l'efficacité de l'intervention médicale, ont modifié du tout au tout leur manière de voir. Dans cet ordre d'idées, il nous est précieux d'enregistrer l'opinion d'un des membres du corps médical lyonnais, à la fois automobiliste expérimenté et chroniqueur aimablement ironique : « Un polytechnicien ou un ingénieur peut volontiers imaginer un organisme humain bâti sur le modèle d'un engrenage ou d'un mécanisme d'horlogerie dans lequel tout bruit anormal correspond à une lésion appréciable d'un élément ; nous avons le regret de dire qu'il n'en est pas tout à fait de même chez nous ; les lois biologiques ne sont pas des lois mathématiques ; les murmures respiratoires sont plus variés que les bruits d'échappement et la valeur de la tension artérielle laisse plus de place à l'hypothèse que le calcul d'une cylindrée ».

L'on ne peut que souscrire aux considérations précédentes tout en indiquant qu'elles sont en marge du sujet que nous traitons. Il ne s'agit pas de faire intervenir les mathématiques avec toute leur rigueur dans la détermination d'une aptitude physique. Le médecin auquel sera confié un tel rôle ne devra pas se départir de son esprit clinique et par conséquent, il faudra s'attendre à ce qu'il puisse se tromper et notamment à ce qu'il puisse méconnaître des inaptitudes réelles, mais encore peu apparentes au moment de son examen. Il est évident d'autre part, qu'il sera incapable de déterminer quel sera le réflexe au moment du danger ; et

que par là tous les accidents dus à la faute du conducteur ne seront pas évités. Mais il n'y a pas dans la science médicale que des faits incertains, il y a pourtant quelques certitudes : il est certain par exemple qu'on peut porter un diagnostic de P. G. ou de tabes, ou d'alcoolisme chronique, qu'on peut reconnaître une surdité accentuée, une diminution importante de l'acuité visuelle, quelle qu'en soit la cause. Et il est non moins certain qu'un P. G., un tabétique, un alcoolique chronique présentant épisodiquement des phases aiguës, qu'un sujet atteint de surdité très accentuée ou de diminution notable et non corrigée de l'acuité visuelle sont incapables de conduire une voiture automobile dans les conditions actuelles de la circulation.

En limitant pour le moment à ces cas précis l'activité médicale, celle-ci s'exercera sur des bases sûres et pourra être hautement profitable.

Tout aussi bien, l'auteur même de l'article précité, partageant en cela l'opinion d'un groupement automobile important, l'A. C. F., a-t-il modifié sa manière de voir : sous sa plume spirituelle et autorisée, nous sommes heureux d'enregistrer dans une chronique plus récente les affirmations suivantes : « Mais si les préposés (médecins), veulent bien sans brimer personne, consacrer quelques minutes à l'examen des membres, du cœur, des organes des sens et du système nerveux, ils pourront retirer le permis de conduire à un certain nombre de mutilés, d'aortiques, de demi aveugles, de sourds et d'ataxiques qui constituent pour la profession un discrédit et pour la rue un danger public ».

Mais si la cause paraît être entendue dans une assez large mesure dans les milieux médicaux, il faut aussi ajouter qu'elle est loin d'être gagnée en dehors d'eux ; il est tout à fait exceptionnel que ces examens médicaux soient ordonnés par l'autorité préfectorale ou par l'autorité judiciaire, même dans les cas où un accident attire l'attention sur la question des aptitudes physiques peut-être insuffisantes du chauffeur responsable. A Paris, par exemple, où les règlements sont particulièrement rigoureux, le nombre d'examens au cours de 1924 n'a été que de 4 ! Et l'examen systématique avant délivrance du permis, n'est pratiqué nulle part.

Notre travail a pour but de réunir les études de nos devanciers, de les préciser et de les compléter à certains égards, de les étayer par des chiffres et de montrer en définitive de quelle manière l'intervention médicale légitimée en théorie, pourrait utilement s'exercer dans la pratique.

Dans les lignes précédentes, nous avons montré l'importance croissante de la circulation, l'accroissement parallèle de l'accident ; nous avons établi ainsi le danger qui en résulte pour la collectivité. Dans le chapitre suivant, nous étudierons les causes de l'accident, principalement celles des causes qui sont dues au facteur humain duquel seul le médecin a qualité pour s'occuper. Nous montrerons dans un dernier chapitre les modalités que l'intervention médicale pourrait revêtir.

CHAPITRE PREMIER

Les causes

Schématiquement exposées, les causes de l'accident d'automobile peuvent se ramener au nombre de trois :

- 1° Causes dues à la voiture elle-même ;
- 2° Causes dues à la route ;
- 3° Causes dues aux personnes.

Il est évident que l'intervention médicale ne pourra s'exercer que sur les faits de la troisième catégorie, sur certains d'entre eux tout au moins.

Nous pouvons nous rendre compte de l'importance de cette intervention en établissant la proportion dans laquelle ces trois ordres de causes interviennent respectivement.

Des statistiques susceptibles de nous renseigner à cet égard n'existent pas en France ; mais aux Etats-Unis, le secrétaire d'Etat Hoover nomma une commission ayant pour mission de rechercher l'origine de la faute dans les accidents d'automobile. Le nombre des cas examinés fut de 1.923 ; ils se répartissent ainsi :

La faute incombe principalement au chauffeur	692 fois
La faute incombe principalement aux conditions physiques	338 fois
La faute incombe principalement aux piétons	893 fois
Donc 1.585 fois sur 1923, soit 82 fois 1/2 sur 100	
la faute incombe aux personnes.	

Le bureau des études des Etats de Montana, Orégon et Washington publie les résultats suivants :

Sur 1.606 accidents survenus pendant une période de huit mois, il y en eut 1.020 par la faute du chauffeur ; 191 par la faute d'autres personnes ; 181 par la faute de la voiture et 214 à cause des mauvaises conditions de la route.

Les mêmes conditions (humaines, mécaniques, routières), jouant en France, il n'y a pas de raison pour ne pas admettre que, dans notre pays, la proportion entre les diverses causes demeure la même. Nous négligerons donc le facteur route et le facteur mécanique, pour tenir compte seulement du facteur humain.

Toutefois, dans cet ordre d'idées, une remarque s'impose : les deux facteurs précédents (mécanique, route) n'interviennent jamais ou presque jamais isolément ; en d'autres termes, il est exceptionnel que leur action ne puisse pas être modifié en quelque manière par le conducteur de l'automobile lui-même. La classification ci-dessus a donc quelque chose de schématique qui tendrait plutôt à diminuer l'importance du facteur « personnes », bien que celui-ci apparaisse déjà de beaucoup le plus important.

Soit par exemple un accident de cause mécanique ; il est des cas où les passagers de la voiture et le conducteur lui-même sont impuissants ; mais beaucoup plus fréquemment, celui qui tient le volant, peut dans une certaine mesure conjurer le danger et éviter l'accident ; très souvent, un bon conducteur saura éviter le fossé, l'arbre, le poteau télégraphique, à l'occasion de l'éclatement d'un pneu.

Des considérations analogues pourraient être développées en ce qui concerne la route ; des accidents seraient évités si le conducteur, plus prudent, n'avait pas abordé aussi vite un virage dangereux, s'il avait conservé plus de sang-froid sur une route inopinément glissante.

L'accident d'automobile par la faute des personnes intéresse seul le médecin ; encore, son intervention prophylactique peut-elle s'exercer seulement dans les cas où la faute relève du chauffeur lui-même, non dans ceux, fréquents comme nous l'avons indiqué, où elle est imputable aux piétons.

L'éducation de celui-ci laisse encore fort à désirer ; il n'est pas indifférent de signaler que certaines catégories de piétons, ceux qui en particulier n'ont pas encore acquis, à cause de leur âge, la connaissance du danger, base de la sécurité, paient un lourd tribut à l'accident d'automobile ; parmi les personnes qui sortent dans la rue combien y en a-t-il pour lesquelles le danger est inconnu. La personne qui lit le journal en se rendant à son travail ne paraît pas se douter un seul instant qu'elle est un candidat au suicide ; c'est encore l'enfant qu'une bonne imprudente laisse jouer en bor-

dure du trottoir ; c'est le jeune cycliste ou motocycliste qui veut malgré tout se frayer un passage dans un encombrement ; ce sont enfin les vieillards qui souvent ne se sont pas adaptés à l'intensité de la circulation et qui discutent en toute quiétude au milieu de la rue comme au temps où le carrosse remplaçait la rapide limousine.

Dans la statistique américaine citée plus haut nous notons sur 893 accidents dont la faute incombe aux piétons : 339 victimes chez les enfants ; 15 chez les sujets en état d'ivresse ; 21 chez les « hommes faibles », infirmes et aveugles.

A la Préfecture de police de Paris, nous avons pu relever du 6 avril 1925 au 24 juillet, sur 129 accidents (blessures ou homicides) : 27 survenus à des cyclistes ou motocyclistes. D'autre part, sur 80 dossiers examinés 8 intéressent des enfants au-dessous de 13 ans : 7 blessés et 1 mort.

Hélas, nous médecins, ne pouvons rien pour remédier à cet état de choses ; il s'agit d'une meilleure éducation du piéton auquel on doit enseigner la prudence ; il s'agit de la surveillance de sujets diminués au point de vue physique ; bref, toutes décisions qui doivent prendre naissance au sein des comités de la circulation.

La question par contre est tout autre si l'on envisage non plus « l'écrasé » mais « l'écraseur » qui constitue le deuxième élément du facteur humain.

Incontestablement, dans plus de la moitié des cas le conducteur devient homicide parce qu'il roule à une trop grande vitesse. C'est ce qu'exprime la statistique

que nous avons pu établir à la Préfecture de police de Paris et que nous reproduisons ci-après :

Type de la voiture —	Nombre total d'accidents			Accidents pour excès de vitesse		
Voitures particulières..	14 homicides, 47 blessures			40 homicides, 23 blessures		
Taxis-autos.....	7	37	—	4	—	20 —
Camions.....	4	13	—	2	—	12 —
Camionnettes et autos-cars.....	3	3	—	3	—	3 —

Ces chiffres reproduisent le nombre des accidents survenus du 6 avril au 24 juillet 1925.

C'est cette première considération qui a motivé un récent décret réduisant la vitesse maxima dans la capitale à 40 kilomètres à l'heure. Toutefois, dans l'esprit du Directeur de la circulation, il est bien entendu que cette vitesse imposée ne saurait être un souverain remède. *A priori*, en effet, on peut bien admettre qu'elle serait encore excessive au carrefour de l'Opéra et d'autre part, dans certains endroits moins fréquentés, certains conducteurs pourraient se permettre une plus grande vitesse sans pour cela créer un danger inévitable.

Analysons donc ce facteur primordial pour nous rendre compte des causes qui peuvent l'influencer.

Il existe devant chaque voiture en mouvement un espace que l'on a pu appeler « espace de sécurité ». Il s'étend du point où la volonté d'arrêter se manifeste — perception du danger — jusqu'à l'arrêt complet.

Bien entendu, pour réduire à zéro l'expression de la force vive de la masse en mouvement, il faudra un temps plus ou moins long selon le poids et la vitesse de la voiture ; il y aura lieu aussi de tenir compte de la nature du sol, de la pente de la route. La masse étant invariable pour une voiture déterminée, n'intervient que comme une constante dans le calcul de l'énergie libérée lorsque la vitesse tombe brusquement à zéro. Un conducteur de camion causera ainsi plus de dégâts à vitesse égale qu'une voiture de tourisme. On est donc en droit d'exiger du conducteur de gros véhicules, les garanties les plus sérieuses.

Par contre, sur un même véhicule, la vitesse peut varier de valeurs relativement petites à des valeurs relativement grandes. Le conducteur devra apprécier instinctivement et instantanément la vitesse à laquelle il marche et de ce fait l'espace de sécurité qu'il a devant lui. Or, les lois de la mécanique ne peuvent nous rendre compte de tout ce qui se passe pour arriver à réduire la vitesse à zéro. En effet, dès que la notion du danger est perçue, il s'ensuit chez le conducteur un réflexe ayant pour origine l'impression visuelle ou auditive et aboutissant à un geste des organes périphériques ayant pour effet d'actionner les forces de résistance de la voiture.

Les différentes parties constituant cet arc ne doivent pas être lésées : elles sont constituées par les organes d'impression : œil, oreille ; les organes de perception : cerveau, axe cérébro-spinal et les organes d'exécution : bras et jambes.

Même chez des sujets normaux, ce cycle s'effectue

plus ou moins rapidement, et c'est la raison pour laquelle il y aura toujours, quoi qu'on fasse, des conducteurs excellents, des conducteurs bons ou simplement passables ; en général le temps augmente avec l'âge. Mais en dehors de ce cas physiologique habituel, un trouble peut apparaître si l'une des parties est lésée, la lésion pouvant être temporaire ou définitive.

Donc, rechercher dans quelles conditions ces divers éléments sont troublés, c'est mettre en évidence les causes physiologiques des accidents.

Le centre d'impression le plus important est assurément la vue. L'œil peut être atteint de troubles qui sont parfois susceptibles d'être atténués dans une certaine mesure ; un myope suffisamment corrigé devient ainsi parfaitement apte à la conduite d'une voiture ; encore faudra-t-il que ses verres ne puissent le quitter avec la plus grande aisance ; c'est pourquoi le port de lunettes devra être recommandé ou même rendu obligatoire.

Mais il existe des lésions soit du segment antérieur, soit du segment postérieur à évolution progressive plus ou moins rapide qui aboutissent à une cécité complète. Ces lésions troublant de plus en plus l'organe permettent néanmoins la continuation du travail jusqu'à une période très avancée. C'est dans ces conditions que le Professeur Balthazard eut à examiner un chauffeur d'auto-camion, à Paris, qui présentait une double cataracte centrale ; la vision, assez satisfaisante quand la pupille était dilatée, devenait nulle quand un coup de soleil la faisait contracter ; l'opacité cristallinienne obstruant alors l'orifice pupillaire.

Le Docteur Maurice Lebon rapportait dans un numéro de *L'Œuvre*, du 5 septembre dernier, le cas d'un chauffeur de taxi, qui, à la nuit tombante, fonce sur la barrière fermée d'un passage à niveau. Il avait une très mauvaise vue avec des lésions de l'œil en évolution.

Le Docteur Jacqueau, dans son article « L'Œil et L'Auto », publié dans la *Revue de l'A. C. R.*, de 1914-1915, relate l'accident survenue à un médecin, accident qui trouve sa cause dans un trouble visuel. D'autres exemples pourraient être extraits d'un deuxième article « L'Œil, la Chasse et l'Auto » paru dans la *Revue de l'A. C. R.*, en avril 1923.

Enfin, que faut-il penser du borgne ? Evidemment un œil sain est suffisant pour se diriger ; mais à quel automobiliste n'est-il pas arrivé de recevoir en pleine vitesse un moucheron ou une poussière dans un œil ; la douleur est vive, le larmolement trouble considérablement la vue. Dès lors, si l'œil sain du borgne est touché, c'est un aveugle qui sera au volant durant quelques secondes ; où donc ira le véhicule qui, marchant seulement à 60 kilomètres à l'heure parcourra 17 à 18 mètres par seconde ?

Les troubles de l'audition ont aussi à leur actif un certain nombre d'accidents. C'est, par exemple, un camion qui entre en collision sur une route avec un train lancé sur la voie étroite d'un chemin de fer départemental. Le camion est démoli, le train déraile et trois personnes sont blessées. L'enquête révèle que le conducteur du camion était sourd et n'avait pas entendu le sifflet du train.

On imagine d'ailleurs aisément à quelles fantaisies pourra se livrer un sourd sur la route ; il barre celle-ci au moment où une autre voiture désirera le dépasser après avoir demandé en vain le passage pendant de longues minutes.

Nos organes des sens étant sains, il ne suffira pas d'être renseigné sur l'existence de tel ou tel obstacle, il faudra que puisse naître en nous la notion du danger ; elle s'élabore dans nos centres supérieurs, c'est pourquoi nous attacherons la plus grande importance à leurs lésions. Cette connaissance du danger est une chose essentiellement subjective ; elle est très diminuée chez les jeunes. Et certains restent à ce point de vue jeunes trop longtemps. Récemment, à Lyon, un jeune homme fit le pari stupide de traverser la ville dans une direction donnée à la vitesse de 60 kilomètres à l'heure ; s'il n'y eut pas de morts, le résultat de cette aventure se traduisit par trois ou quatre blessés (Cas rapporté par le Professeur agrégé Mazel et couvert par l'amnistie). L'on peut d'ailleurs se demander dans quelle mesure cette gageure ne trouve pas sa cause, *à potu immoderato*.

La réalisation de l'existence de l'état de danger peut être troublée ou retardée comme toutes les réalisations psychiques par des conditions circulatoires cérébrales défectueuses. Or, celles-ci sont influencées très fréquemment par l'état d'intoxication éthylique aiguë ou chronique. Cet état crée un état de confusion passagère, en même temps qu'il augmente l'impulsivité ; il atténue donc la notion du danger en même temps qu'il crée une témérité excessive.

L'intoxication aiguë par l'alcool est certainement la cause la plus fréquente des accidents ; la rubrique « accidents de la rue » des quotidiens nous en donne une preuve irréfutable. Qu'il nous suffise donc seulement d'en rapporter deux cas :

Les journaux ont rapporté, l'été dernier, l'accident survenu au cours d'une promenade de noce en autocar. Le conducteur a paru être dans un état qui a favorisé son manque de sang-froid.

Tout récemment, le Tribunal correctionnel de Lyon avait à juger un conducteur prototype d'une catégorie de personnes appartenant parfois à la meilleure société et qui n'ont pas provoqué jusqu'alors d'accidents malgré une longue pratique du volant. Il faut une cause occasionnelle et celle-ci est réalisée par un repos trop généreusement arrosé de champagne en trop joyeuse compagnie. Au retour, l'imprégnation éthylique vient ajouter ses effets à ceux que réalise le voisinage non habituel. La notion du danger s'évanouit dans la nuit ; l'excès de vitesse en résulte avec comme conséquence possible l'accident que la moindre adresse du chauffeur ne peut éviter.

Plus intéressants au point de vue prophylactique sont les alcooliques chroniques : Quel trouble profond l'alcool n'avait-il pas apporté dans l'état de ces chauffeurs dont les observations que nous reproduisons ont été rapportées par MM. Toulouse, Dupouy et P. Schiff à la Société médico-psychologique.

OBS. 6. — *Alcoolisme chronique avec accidents subaigus.*

Auguste B..., 34 ans, conducteur de camion-automobile, livreur en vin.

Agitation psycho-motrice violente. Troubles amnésiques. Confusion mentale passagère. Délire onirique (cauchemars professionnels, zoopsie), se sont poursuivis. Tremblement très accusé des extrémités. Sort après 10 jours passés dans le service. Reprend son travail.

OBS. 7. — *Alcoolisme chronique chez un déséquilibré à impulsions diverses et déjà trois fois interné.*

Pierre B..., 29 ans, chauffeur de taxi.

A déjà été interné à Sainte-Anne, à Vaucluse et à Villejuif, toujours pour violences et tentatives de suicide à la suite d'excès alcooliques. Durant son service militaire est passé en conseil de guerre, a été acquitté comme irresponsable, puis réformé. Deux ou trois litres de vin blanc par jour.

OBS. 8. — *Ethylisme très accentué, vertiges, cirrhose du foie.*

Pierre C..., 60 ans, chauffeur de taxi.

Pituites, tremblement des mains, céphalées, vertiges. Conduit encore actuellement.

OBS. 9. — *Crises dipsomaniaques.*

Henri S..., 49 ans, chauffeur de taxi.

Vient consulter au début d'une crise. A toujours eu des tendances à boire. Boit du vin blanc, du vin rouge, des alcools. « Il faut que je boive, cela dure trois ou quatre jours, je deviens nerveux, je fais des bêtises, je querelle ma femme ». Aura par colique bilieuse et soif intense. La crise se manifeste par une agitation désordonnée, de l'insomnie, de l'irritabilité. Pendant la crise, a l'impression qu'il n'est plus maître de sa voiture. N'a pas eu d'accidents.

OBS. 10. — *Dépression anxieuse avec agitation chez un alcoolique. Idées d'influence.*

Germain R..., 30 ans, chauffeur de camion.

Accès anxieux survenu après une période de surmenage professionnel et moral, compliquée d'excès alcooliques. Alcoolisme chronique (vin, rhum, apéritifs). Céphalées, pituites, tremblement des mains, crampes musculaires. Idées peu systématisées de persécution, quelques hallucinations, insomnie et onirisme nocturnes : rêves anxieux et de jalousie, scènes de crimes ; il est poursuivi dans la rue par des « flics ». On le regarde de travers, on fait des signaux, on le traite de voleur, « craint qu'on lui fasse du mal, qu'on l'opère de la tête », qu'on le fasse disparaître, croit qu'on a voulu l'empoisonner ; « on lui a fait boire du café suspect, il a senti de mauvaises odeurs ».

Début des troubles psychiques de façon brusque il y a environ un mois. A encore conduit son camion (5 tonnes) pendant 10 jours, alors que son état d'anxiété et ses interprétations étaient très accusés. Refuse de se laisser traiter, d'interrompre plus longtemps son travail. Interné par nos soins (placement volontaire sur la demande de la famille).

Parfois, sur un fond d'alcoolisme chronique, se superpose un syndrome démentiel.

OBS. 10 (résumée). — *Syndrome paralytique, éthylisme chronique.*

Moris M..., 52 ans, chauffeur de taxi :

Syphilis à l'âge de 30 ans. Ethylisme avéré : deux litres de vin par jour, plus « une gentiane », quelques marcs et rhums. Idées délirantes de persécution. Inconscience de sa situation. Désorientation. Troubles amnésiques. Hypertension artérielle 20 Mx. 9 1/2 au Pachon. Urée du sang : 0,42:

Amélioré après deux mois de séjour dans le service. Reprend son métier.

OBS. 11 (résumée). — *Syndrome korsakowien, Alcoolisme chronique.*

Jean M..., 59 ans, chauffeur de taxi :

Vient pour des « tournements de tête », des vertiges surtout matinaux. Alcoolisme invétéré. Plus de deux litres de vin aux repas et une vingtaine d'apéritifs dans la journée ; jusqu'à 6 pernod's par jour, autrefois. Ne se mettait en marche le matin qu'après avoir bu 3 ou 4 verres de vin blanc.

Amnésie très accusée, mémoire conservée pour les faits anciens. Désorientation. Fausses connaissances. Fabulation. Simples vantardises raisonnables sans idées de grandeur.

Conduisait encore sa voiture deux jours avant d'entrer. A eu un accident il y a plusieurs mois ; toutefois la voiture tamponnée ne tenait pas sa droite. Après deux mois de séjour, augmentation de la désorientation, de l'amnésie, de la fabulation. On a de la peine à retenir ce malade dans le service, il voudrait sortir, reprendre son métier.

L'intérêt de ces observations réside évidemment dans l'importance des troubles relatés ; si les accidents provoqués n'ont pas été très nombreux, le danger que font courir ces chauffeurs n'en est pas moins certain. Nous avons la conviction que le chauffeur de taxi sur la voiture duquel il y aurait inscrit : « vertiges » — « a l'impression qu'il n'est plus maître de sa voiture » — « a été interné », etc., verrait le nombre de ses clients singulièrement réduit, et pourtant combien sont-ils ! Les stations de taxis ne sont-elles pas souvent près des cafés ? C'est donc l'émotion générale que nous exprimons en notant avec étonnement les phrases qui traduisent notre impuissance actuelle : « Refuse de se laisser traiter » — « Reprend son travail ».

A côté des troubles déterminés par l'absorption d'alcool, se placent les états démentiels, dont les paraly-

liques généraux forment le gros contingent. (Un quart de tous les cas examinés au Dispensaire de Prophylaxie mentale du Docteur Toulouse, à Paris.)

Le Professeur Balthazar eut à examiner un chauffeur de taxi qui, en ville, ayant pris sa gauche au lieu de sa droite, avait écrasé un passant. Ce chauffeur avait des signes évidents d'une paralysie générale.

Le 27 avril 1925, les Docteurs Ed. Toulouse, Dupouy et P. Schiff ont rapporté les cas suivants à la Société médico-psychologique.

OBS. 19. — *P. G. avec ictus répétés.*

Antoine B..., 59 ans, chauffeur de taxi

Affaiblissement simple des facultés intellectuelles, sans délire, inconscience de sa situation, amnésie, turbulence nocturne, euphorie. Irrégularité pupillaire avec Argyll incomplet. Embarras de la parole, ictus récent. A été traité à la Salpêtrière et à Tenon. Ponction lombaire : Albumine : 0,35, 2 éléments au mmc. B.W. et Benjoin colloïdal positifs.

Ce malade a fait plusieurs ictus ; le premier alors qu'il se trouvait dans sa voiture. Il a senti tout à coup que sa voiture « n'allait plus ». Refus de l'internement de la part de la famille.

OBS. 17. — *P. G. au début.*

Charles B..., 42 ans, chauffeur de taxi :

Vient en août 1923. Dysarthrie. Argyll léger, irrégularité pupillaire, réflexes rotuliens exagérés, trémulation des lèvres et de la langue. B. W. du sang très positif.

Affaiblissement intellectuel, troubles de la mémoire et du jugement. Euphorie et irritabilité pathologique, inconscience de la situation, agitation.

Un an avant la visite au dispensaire a eu un grave accident ; n'a pas été traumatisé, mais sa voiture a été mise

hors d'usage. A repris son travail, conduisait encore la veille de son entrée ; n'a pas eu d'accident récent.

La famille du malade refuse l'internement et le reprend à domicile après deux jours passés dans le service. Le malade nous déclare le jour de sa sortie qu'il reprendra le volant le jour même ; mais nous obtenons de sa femme, la promesse qu'elle lui fera quitter Paris pour un séjour prolongé à la campagne.

Obs. 18. — *P. G.*

Jules Ch..., 53 ans, chauffeur de taxi.

Depuis un an, diminution de la mémoire. Renvoyé par la compagnie qui l'emploie, parce qu'il ne faisait plus suffisamment d'affaires. Repris par une autre compagnie, remonte sur sa voiture, renverse plusieurs personnes dans la rue. Affaiblissement intellectuel, dysarthrie légère, ptosis gauche, pupilles légèrement inégales, insensibles à la lumière. Déclaré irresponsable par le docteur Roques de Fursac, commis en expertise. Est interné par nos soins.

Obs. 20 (résumée). — *P. G. avec gâtisme.*

Julia P., essayeuse de châssis automobiles.

Amnésie et désorientation très accusées. Perte complète de l'autocritique. Excitation violente par intervalles.

Observation communiquée le 29 juin 1925 à la Société médico-psychique (résumée). — *P. G.*

François P..., conducteur de taxi, 54 ans.

Est amené au Dispensaire par son fils et son gendre parce qu'il est incapable de travailler d'une façon suivie, parce qu'il est devenu brutal et querelleur, parce qu'il fait des dépenses exagérées.

Diagnostic clinique de paralysie générale typique. Confirmation par le laboratoire.

Conducteur de taxi de 1910 à 1925. Il n'a jamais conduit à son compte et pendant 13 ans n'a changé que deux fois

de compagnie et toujours sur sa demande. Conducteur excellent.

Depuis 1923, son activité professionnelle change. Il gagne moins, les accidents matériels sont plus fréquents. En décembre 1923, renverse une femme. Dans les quatre premiers mois de 1924, les accidents matériels se multiplient. P... est renvoyé de la compagnie.

Sa famille ne peut lui imposer un repos ; un jour il a un vertige sur son siège alors qu'il roulait à toute allure ; il a le temps d'arrêter sa voiture.

En mai 1924, renverse une femme aux Champs-Élysées ; est renvoyé par sa compagnie.

Remonte sur sa voiture, multiplie les accidents ; en a une fois 3 en un jour ; quelques temps après deux autres en quatre heures d'intervalles.

Fait huit compagnies en deux mois.

Il se perd dans les rues ; il y a des moments où il ne se sent plus maître de sa voiture. Aurait eu à ce moment plusieurs contraventions pour excès de vitesse.

Son état s'aggrave. Malgré la surveillance de son gendre réussit à travailler deux ou trois jours dans de petites compagnies. Il ne s'arrête de travailler que le 24 avril 1925.

Tels sont les conducteurs auxquels, à l'heure actuelle, on est susceptible de s'adresser dès que l'on hèle un taxi ; encore, ceux-ci peuvent, par leurs manières parfois bizarres, permettre l'éveil de quelque soupçon ; mais il est des troubles qui n'apparaissent que par intermittence, l'intervalle libre offrant un aspect normal ; néanmoins, ces troubles ont pour conséquence l'abolition de l'activité des centres d'impression ; ils déterminent, par conséquent, un abandon momentané du contrôle de la direction.

Nous avons pu relever à la Préfecture de police de Paris l'histoire d'un conducteur de taxi qui était at-

teint d'un état vertigineux lui durant trois quarts d'heure à une heure après chaque repas. Sa vue se troublait, la tête lui tournait et c'est pendant une de ces absences qu'il renversa une personne.

Quelle qu'en soit sa cause, le vertige a pour effet la perte du contrôle de la direction ; c'est encore un effet du même ordre que provoque la crise nerveuse, ou l'équivalent épileptique.

Dans une ville de l'Est, une limousine monte sur un trottoir, abat un reverbère ; le chauffeur sortait de l'hôpital où il avait été en traitement pour épilepsie. Une crise l'avait saisi sur son siège et il avait abandonné la direction (*Œuvre*, 5 septembre 1925).

Un chauffeur de taxi présentant des accidents épileptiques atypiques, et de plus cocaïnomane, qui, conduisant son taxi sur la place de la Bastille, à 18 heures, au moment où la circulation est la plus active, est pris de malaise, a cependant la force de ramener sa voiture le long du trottoir et tombe sans connaissance (*Société médico-psychologique*, séance du 27 avril 1925).

L'un des médecins du Dispensaire de prophylaxie des maladies mentales eut à examiner en clientèle privée un sujet de 20 ans, d'hérédité spécifique et présentant des vertiges fréquents suivis d'une perte brève de connaissance. Ce jeune homme, oisif, conduisait dans Paris une petite voiture de course et ne voulait pas renoncer à en faire usage. Il a été nécessaire d'exercer une pression morale très vive sur la famille pour qu'elle se décidât à retirer de la circulation parisienne un automobiliste dangereux pour lui-même et pour autrui.

Le Docteur Marchand, chargé de la consultation pour épileptiques au Dispensaire du prophylaxie mentale eut à examiner un jeune homme de 20 ans réformé pour épilepsie, qui s'était vu refuser son permis de conduire, un heureux hasard ayant fait qu'il eut une absence au cours de l'examen. C'est encore le Docteur Marchand, qui rapporte le cas d'un Italien, qui, à 32 ans, avait des crises se répétant tous les cinq ou six mois. Vertiges dans l'intervalle des crises. En 1911, prend une crise étant sur sa voiture, fait une chute de 13 mètres de haut. Se relève grièvement blessé. Mais reprend son métier après guérison et ne s'arrête qu'après un nouvel accident alors qu'il avait dans son taxi quatre personnes.

Enfin, dans le même cadre de faits, l'accident d'automobile peut être provoqué par un ictus (cardiaque, hémorragie cérébrale).

Le Professeur Balthazard eut à examiner un chauffeur d'auto-car, dont la voiture ayant versé dans la Seine, avait entraîné la mort de sept voyageurs. Le conducteur, mort subitement avant la chute, avait un anévrysme de l'aorte.

Le Docteur Tavernier, chirurgien des Hôpitaux de Lyon, eut connaissance du cas suivant : Vers 1908, un médecin de Montpellier vint chercher sa voiture qui était en réparations à Lyon. Les essais eurent lieu sur la route de Bourgoin. En bas de la descente de Grenay, le médecin eut un ictus — mort subite — et la voiture alla s'écraser contre un mur de ferme.

Enfin, rapportons résumée l'observation que M. Piédelièvre présenta à la Société de médecine légale de

France dans sa séance du 20 avril 1925 : « Un conducteur perd brusquement connaissance en conduisant une voiture dans Paris, par suite de la rupture d'un anévrysme de l'origine de la cérébrale moyenne gauche. Sujet probablement syphilitique. »

Mais encore, à quoi servirait l'intégrité des centres si, d'autre part, les ordres ne pouvaient s'exécuter du fait de la carence de certains organes périphériques. Le manchot qui doit abandonner la direction pour passer ses vitesses, l'ataxique dont les mouvements ont perdu la mesure et l'harmonie et qui, par ailleurs, n'ont rien gagné en prudence, seront tôt ou tard traduits devant les tribunaux sous l'inculpation d'homicide involontaire.

*
* *

Nous venons de montrer, par quelques exemples, comment un état physiologique défectueux peut intervenir dans la non-réalisation du geste prophylactique ; nous avons, d'autre part, étayé de preuves nos affirmations successives. Dès maintenant, il apparaît nettement qu'au moment de l'accident causé par eux, un certain nombre de conducteurs n'étaient pas, temporairement ou définitivement, dans des conditions physiologiques normales et que cet état anormal ou pathologique a été la cause de l'accident.

Est-il admissible que des individus sachant qu'ils sont susceptibles de porter atteinte à la vie de leurs semblables du fait de la pratique d'un métier pour lequel ils sont inaptes, puissent librement vaquer à leurs

occupations jusqu'à ce que l'irréparable soit accompli ?

D'autre part, d'honnêtes gens ne doivent-ils pas être mis en garde contre le danger qu'ils pourraient faire courir à leurs concitoyens du fait de l'examen d'un métier comme celui de chauffeur ?

La société, pour la sauvegarde de ses membres, se doit d'intervenir ; c'est son droit et aussi son devoir. Envers les premiers, elle usera sans faiblesse de son droit de protection de l'individu. Elle pourra conseiller les seconds et éliminera les candidats qui solliciteraient un poste de conducteur sans en avoir les capacités.

Personne, même au nom de la liberté individuelle, ne pourrait contester ces prérogatives sociales. Si un maximum de liberté individuelle est à tous les points de vue désirable, encore faut-il qu'il soit compatible avec un maximum de sécurité sociale.

Qu'existe-t-il à l'heure actuelle pour parer à ces dangers ?

Que pourrions-nous et que devrions-nous faire. Ce sont les deux points que nous allons envisager dans le chapitre suivant spécialement réservé à la prophylaxie.

CHAPITRE II

Prophylaxie

Jusqu'à ces dernières années, le permis nécessaire à la conduite des véhicules automobiles a été délivré, il faut bien le dire, sans garantie d'aucune sorte, pas même professionnelle ! Depuis que le service des examens a été confié aux Clubs, les inspecteurs sont devenus plus exigeants et, d'autre part, leurs pouvoirs se sont accrus ; par eux, les lésions d'ordre chirurgical (grandes mutilations) ou des troubles évidents (surdité accentuée) peuvent être déclarées incompatibles avec la conduite d'un véhicule automobile ; un rapport est adressé au Préfet qui juge en dernier ressort.

Petit à petit, sans doute en attendant des décisions légales essentiellement désirables à brève échéance, les autorités compétentes prennent de timides mesures.

A Paris, tout chauffeur sollicitant un permis de conduire est l'objet d'une enquête discrète de la part du commissaire de police de son quartier qui s'informe notamment s'il n'est pas connu comme un individu

dangereux, violent ou alcoolique. Le décret ministériel du 31 décembre 1922 permet aux préfets de retirer le permis de conduire « au cas d'incapacité permanente dûment constatée ». En réalité, les préfets des départements usent fort peu de ces droits.

A Paris, une commission spéciale de la préfecture de police a prononcé 76 retraits définitifs en 1923 ; les tribunaux avaient eu à intervenir dans plus de mille affaires. Il y avait eu cette année plus de 200 morts dues aux accidents d'automobile. L'examen médical des chauffeurs incriminés — examen qui est laissé à l'appréciation de la commission — n'avait été ordonné que quatre fois !

Nous avons vu qu'environ huit sur dix des accidents d'automobile étaient provoqués par les personnes le piéton et le conducteur se partageant à peu près également la faute ; enfin, chez ce dernier, c'est parfois et peut-être fréquemment un état morbide qui est à la base de l'erreur.

Ce sont des cas pathologiques ; *l'intervention du médecin sera donc légitime* ; et quel autre mieux que lui pourrait dépister, interpréter et classer les contre-indications que nous avons précisées.

Comme dans toute intervention prophylactique, le but sera de circonscrire le mal et de ne pas rendre à la liberté des individus susceptibles de nuire à la santé publique. Que dirait-on si aucune précaution n'était prise vis-à-vis d'un cholérique ? Admettrait-on même qu'un convalescent de scarlatine aille jouer avec ses jeunes camarades ? A l'heure actuelle, ces éventualités apparaissent comme un non sens. Si les dangers

que font courir à la population certains chauffeurs ont jusqu'à maintenant peu frappé l'imagination du public, il n'en est pas moins vrai que le danger est du même ordre de grandeur et qu'une solution s'impose.

Deux données d'une portée générale doivent être préalablement précisées.

Dans l'appréciation de l'importance de la contre-indication de l'incapacité que créent une tare physique ou un trouble fonctionnel, il faut tenir compte non seulement des conditions habituelles, normales, de la circulation, mais des conditions occasionnelles, exceptionnelles, dans lesquelles cette circulation peut se faire. L'on ne saurait établir l'aptitude d'un amputé d'un bras à conduire un véhicule sous le prétexte qu'en fait, depuis plusieurs mois ou plusieurs années, un tel mutilé a pu conduire sans accident. Il faut envisager que, sur la route, peuvent survenir telles circonstances indépendantes de sa volonté et dans lesquelles l'accident ne pourra être évité par lui, alors qu'il l'aurait été si le volant par exemple avait pu être tenu des deux mains.

D'autre part, il paraît également légitime de tenir compte dans l'appréciation du degré de l'incapacité du fait que le chauffeur est ou non un professionnel. On a le droit d'être plus sévère pour les professionnels même au moment de l'examen d'entrée, comme aussi de prendre vis-à-vis d'eux des mesures qui ne s'imposent pas au même degré pour les amateurs.

Parmi les états pathologiques que nous avons énumérés, certains ne présentent que des contre-indications relatives ou curables ; dès lors, la correction du

trouble permettra une mise en activité. Dans cette catégorie, les troubles de la vue peuvent être au premier rang. La Société d'Ophtalmologie de Paris, dans sa séance du 17 février 1923, adopte les conclusions suivantes en ce qui concerne les conducteurs d'automobiles.

1° *Acuité visuelle.* — La limite inférieure exigible sera de 3/10 pour un œil et de 2/10 pour l'autre (correction de l'amétropie s'il y a lieu).

2° Le champ visuel des deux yeux sera sensiblement normal (Exclusion des sujets atteints d'hémianopsie ou de rétrécissement du champ visuel).

3° Tout sujet atteint de diplopie sera éliminé ainsi que tout sujet atteint d'héméralopie caractérisée.

D'après ces conclusions, un borgne ne pourrait conduire. Nous avons déjà vu quels inconvénients une telle infirmité serait susceptible de créer ; il nous semble que le port de lunettes appropriées garantissant parfaitement l'œil sain pourrait permettre à ces infirmes de tenir un volant.

La personne présentant des troubles de l'audition serait-elle susceptible de s'adapter ? Sans doute, si le trouble ne porte que sur la perception des sons.

N'a-t-on pas déjà procédé à l'installation de rétroviseurs. Peut-être pourrait-on même construire un appareil susceptible d'améliorer le sens de l'ouïe, tel qu'il puisse s'adapter convenablement sur un conducteur.

Dans ces conditions, tout individu qui n'entendrait pas la voix chuchotée à 50 cm devrait être corrigé.

Les lésions de l'oreille interne constitueraient une contre-indication formelle.

Des experts otologistes pourront établir avec plus de précision les limites inférieures en-dessous desquelles toute amélioration deviendra impossible.

Parmi les sujets susceptibles d'être améliorés, nous pouvons placer les amputés.

Il y a assurément une distinction à faire entre les lésions et les troubles atteignant les membres supérieurs et ceux atteignant les membres inférieurs ; ceux-ci doivent agir simultanément et de façon extrêmement fréquente ; d'autre part, ces actes sont simples et nécessitent des manœuvres de pression facilement exécutables par des sujets présentant une amputation partielle du pied ; pour une amputation plus élevée (jambe p, ex.), la conduite est à la rigueur possible et la contre-indication n'est que relative lorsqu'un appareil de prothèse convenable est installé ; une lésion du pied gauche est moins gênante qu'une lésion du pied droit ; celui-ci devant avoir plus de force et de délicatesse dans son action (manœuvre du frein et de l'accélérateur) ; mais le freinage et l'accélération peuvent aussi se faire à la main.

En ce qui concerne les membres supérieurs, il est évident qu'eux aussi ont besoin d'être simultanément utilisés. Toute mutilation importante, toute atteinte fonctionnelle grave paraissent donc incompatibles avec la conduite d'une automobile. En principe, la perte de la main crée une contre-indication absolue. L'on pourrait peut-être réserver les cas dans lesquels un appareil de prothèse formant pince, pourrait permettre de te-

nir le volant pendant que l'autre main actionne le frein, ou le changement de vitesse ; dans ces cas, un examen pratique devrait être particulièrement rigoureux.

Enfin, il est deux états physiologiques correspondant à l'adolescence et à la vieillesse, qui présentent une physionomie bien spéciale ; ils méritent de nous retenir un instant.

Il est bien évident que le jeune homme de 18 ans ne possède pas dans l'immense majorité des cas, la notion la plus élémentaire de prudence. Nous n'en voulons pour preuve que le genre de véhicules qui sont entre les mains de ces jeunes gens ; ils sont taillés en « sport », leur marque est celle où le moteur a un grand rendement. L'oreille souvent impressionnée par une explosion bruyante fait détourner la tête dans une direction dans laquelle fuit un petit bolide en forme de cigare qui paraît bien plutôt livré à une volonté satanique qu'à celle d'un homme raisonnable. Pour ceux-là, les ans suffiront à l'amélioration et déjà à 21 ans, la plupart se seront assagis.

Cette limite inférieure pourrait peut-être passer à 25 ans en ce qui concerne les femmes. Une évolution paraît se dessiner qui tend à augmenter les prérogatives du sexe faible ; il serait pour le moins déplacé ici de rechercher si le rôle plus actif qu'elles prétendent vouloir jouer peut s'adapter à leurs moyens et à leur tempérament. Néanmoins, nous nous permettrons de penser avec tout le respect que nous portons à nos compagnes, que leur émotivité bien spéciale, leur vive sensibilité, qui peuvent être dans certaines circonstances des qualités enviables, ne permettent cependant

point dans le cas particulier une maîtrise de soi-même aussi parfaite que celle que posséderait un homme de l'âge correspondant.

Mais pour ceux qui ont reçu des ans « l'irréparable outrage » la question est tout autre; si l'état sénil ne se complique pas de troubles mentaux, il est bien certain que l'élément prudence s'étant, dans la majorité des cas, développé au maximum, permettra de mettre un véhicule entre les mains d'une personne dont les réflexes sont sensiblement diminués et dont le fonctionnement psychique est ralenti. Mais malgré tout, nous avons l'impression qu'aucun permis ne devrait être délivré après 60 ans ; il existe assurément des conducteurs habiles et non dangereux ayant doublé ce cap, mais, néanmoins, il est difficile d'admettre qu'une personne qui ne s'apprend à conduire qu'à partir d'un grand âge puisse rouler sur une route à une allure raisonnable et ceci sans danger.

Avec ce cas de physio-pathologie normale, nous touchons à une série d'états pathologiques céant eux aussi des contre-indications absolues. C'est bien entendu pour les intéressés l'interdiction de la conduite des automobiles.

Nous pouvons grouper ces états sous quatre chefs.

1° LES INTOXICATIONS. — L'alcoolisme occupant la place la plus importante.

On connaît trop l'influence de ce facteur, important par lui-même et aussi parce qu'il complique très souvent beaucoup d'états confusionnels ou démentiels. L'alcool fait disparaître la sensibilité, annihile le jugement, augmente l'impulsivité, diminue la volonté,

procure souvent une témérité excessive. Dans ces conditions, c'est l'accident certain.

La plupart du temps quel indice aura le voyageur, qui, pressé, s'en va secouer le premier chauffeur venu, assoupi sur son siège en train de « cuver sa boisson ». Ceux qui ont l'habitude de prendre de l'alcool savent très bien dissimuler leur état d'ébriété, ils sont donc doublement dangereux.

Le récidiviste est incorrigible, l'alcool est devenu un excitant dont il ne peut se passer. Nous avons vu plus haut quelle était l'intensité des troubles dont ils pouvaient être atteints. La guérison n'est plus à espérer. Dès lors, c'est un devoir que de les mettre hors d'état de nuire, sans compter que la suppression de leur permis, les privant de leur gagne-pain, serait le plus sûr stimulant pour atténuer leur mauvais penchant.

2° LES MALADIES CHRONIQUES ÉVOLUTIVES. — Artérielles, cardio-rénales ou du système nerveux.

Nous avons cité le cas d'une rupture d'un anévrysme provoquant une mort subite au volant. Il ne faut pas non plus que nous soyons exposés aux ictus des cardiaques ou des hypertendus, aux indécisions des psychopates, aux fantaisies des paralytiques généraux, non plus qu'aux crises ou aux absences des épileptiques.

Mais si un examen médical peut déceler certains troubles et en prévoir les fâcheuses conséquences, le rôle du médecin sera plus délicat en présence d'un comitial par exemple qui se présente dans l'intervalle de deux crises ; mais, seul, le médecin, usant de son

autorité ou de la confiance qu'il peut inspirer au malade, saura découvrir dans le passé les caractéristiques de la maladie.

Enfin, certains cas pourront être au-dessus de son pouvoir de prévision. Un examen médical n'aurait sans doute pas pu permettre l'interdiction de conduire au chauffeur dont l'observation a été rapportée par M. Piédelièvre à la Société de Médecine légale de France.

3° CERTAINS TROUBLES SENSORIELS AGGENTUÉS. — la vue peut donner naissance à des hallucinations, et l'ouïe peut entraîner des vertiges ; même sans ces complications, nous avons vu dans quelle mesure les troubles importants de l'ouïe ou de la vue pouvaient être des causes d'élimination.

4° CERTAINES MUTILATIONS. — Une cuisse ou un bras amputés haut ne paraissent pas susceptibles de devenir même après prothèse d'une réelle utilité pour le maniement d'un volant ou à la mise en action rapide d'une pédale de frein ou de débrayage.

A part les petites restrictions que nous avons envisagées au paragraphe 2, l'intervention logique du médecin pourra donc s'exercer utilement dans les différentes catégories que nous avons un peu schématisées ; elles sont, cela est évident, susceptibles d'extension et d'assouplissement.

* *

Sous quel mode pouvons-nous donc envisager l'intervention médicale au point de vue pratique ?

A. — AU MOMENT DE LA DEMANDE DU PERMIS DE CONDUIRE. — *Examen médical systématique pour tout can-*

didal au permis de conduire, en vue de rechercher non pas son aptitude que l'on ne peut jamais affirmer complète, mais son inaptitude.

Sans doute, parmi ceux qui sollicitent un permis de conduire, certains ont beaucoup plus de responsabilités que d'autres ; il est évident que les conducteurs de véhicules servant au fonctionnement d'un service public doivent être plus particulièrement capables. Néanmoins, dès cette période, l'examen devrait être obligatoire pour tous, avec des modalités diverses possibles selon les différentes catégories.

D'ailleurs, cette mesure ne serait pas une révolution ; elle existe dans les chemins de fer, où toute admission à l'épreuve pratique est subordonnée au résultat de l'examen médical. Certaines Compagnies de tramways l'exigent ; à Limoges, aucune lésion organique, sauf celles des organes génitaux, n'est tolérée ; à Bordeaux, les épileptiques sont éliminés. Et pourtant, la part d'initiative du wattmann est bien moindre que celle du conducteur d'automobile !

Cette sélection n'est-elle pas en pratique dans l'armée ? La circulaire ministérielle du 15 février 1923 admet les conditions suivantes :

1° *Organes de la vision.* — Acuité visuelle égale à 1 pour chaque œil, la correction pour les verres sphériques concaves étant seule admise, et jusqu'à un maximum de — 4 dioptries.

Vision binoculaire correcte (absence de diplopie, appréciation normale de relief et des distances.

Champ visuel normal.

Absence de daltonisme et d'héméralopie.

2° *Organes de l'audition.* — a) La surdité bilatérale totale est incompatible.

b) La surdité unilatérale totale, si elle ne s'accompagne pas de troubles vertigineux et si l'acuité de l'autre oreille est normale ou au moins égale au taux indiqué ci-dessous pour le service auxiliaire enlève l'accès à ce service.

c) La surdité incomplète (hypoacousie) qu'elle soit unilatérale ou bilatérale est compatible avec le service armé ou le service auxiliaire si elle n'abaisse pas le degré de l'acuité auditive de la meilleure oreille au-dessous des limites indiquées ci-après.

Limites de l'acuité auditive — service armé — doit être entendue :

La voix chuchotée à environ 0 m. 50 ;

La voix haute à environ 5 mètres ;

La voix de commandement, 20 mètres.

2° Service auxiliaire, doit être entendu :

La voix chuchotée à environ 0 m. 12 ;

La voix haute à environ 1 m. 25 ;

La voix de commandement, 2 m. 50.

Ces chiffres sont donnés seulement à titre indicatif.

Une acuité auditive inférieure aux plus basses de ces limites pour la meilleure oreille entraîne la réforme.

Dans les cas limites, tenir le plus grand compte, pour la décision à intervenir de l'état anatomique des oreilles.

Dans les cas où la diminution constatée de l'acuité auditive peut être attribuée à une affection ou évolution, il y a lieu de ne pas donner d'emblée un caractère

définitif à la conclusion qui serait formulée d'après les indications ci-dessus.

3° *Système nerveux*. — Absence de signes suspects en ce qui concerne certaines tares nerveuses et psychiques (équivalents épileptiques, états névropathiques par exemple).

Absence de stigmates d'intoxications chroniques.

Les chefs d'unité doivent, en outre, exercer une surveillance permanente sur la manière dont les conducteurs s'acquittent des fonctions spéciales qui leur sont confiées.

Ils provoqueront d'office la radiation des sujets présentant des habitudes d'intempérance. A tous moments, ils peuvent, en outre, solliciter un examen médical.

Ce sont des décisions du même ordre qui sont en usage dans la pratique civile de certains pays : Argentine, Uruguay. Depuis le 10 février dernier, une réglementation sur la police de roulage est intervenue en Belgique, dont l'article 5 est ainsi conçu :

« Le conducteur doit être en état de conduire, présenter les qualités physiques requises et posséder l'habileté et les connaissances nécessaires.

« Le minimum d'aptitudes physiques requis, pour la conduite d'un véhicule sur la voie publique, comporte l'absence des tares suivantes :

« a) Perte unilatérale de la vision ;

« b) Vision au moins unilatérale inférieure à deux tiers de la vision normale sans verres ou dix dixièmes avec verres correcteurs ;

« c) Perte ou diminution accentuée ou bilatérale de l'audition ;

« d) Tares physiques entraînant considérablement le fonctionnement de l'appareil locomoteur ou affectant l'équilibre psycho-nerveux, notamment l'épilepsie.

« Tout conducteur d'un véhicule automoteur doit être porteur d'un certificat attestant qu'un examen médical auquel il a été soumis en vue de cette attestation, n'a décelé aucune des tares signalées ci-dessus. Les personnes auxquelles le certificat aura été refusé uniquement en raison de paralysie ou de troubles fonctionnels des membres pourront demander à être examinés par une commission spéciale dont la composition sera arrêtée par le ministre de l'agriculture et des travaux publics et qui sera chargée d'établir la nature des lésions et le degré de réduction qu'elles entraînent. Le ministre appréciera en dernier ressort. »

L'examen médical peut donc être admis non seulement en principe mais en fait.

Sous quelles modalités pourrait-il être réalisé ? Elles seraient diverses et appropriées aux circonstances.

La formule d'application la meilleure dans la pratique serait peut-être d'exiger du candidat un certificat médical émanant d'un médecin choisi par lui sur une liste dûment dressée par l'autorité préfectorale. Or, tant vaudront le médecin, sa conscience, ses connaissances professionnelles, tant vaudra l'attestation qu'il fournira au candidat.

Nous ne croyons pas que la délivrance d'un certificat par le médecin traitant habituel ou librement choisi par l'intéressé offrirait des garanties suffisantes ;

tout aussi bien, des questions de secret professionnel pourraient se poser ; aussi, croyons-nous, l'on ne saurait apporter trop de soins à la constitution de la liste préfectorale. Dans son établissement seules des considérations d'ordre professionnel devraient entrer en jeu ; et puisqu'il s'agit d'une véritable expertise, il serait désirable que les médecins fussent experts près les tribunaux ou tout au moins pourvus du diplôme de médecine légale et de psychiatrie.

Il est évident que dans les cas difficiles, l'expert devrait être autorisé à demander un examen à un confrère spécialiste (otologiste, ophtalmologiste notamment).

B. — SURVEILLANCE RÉGULIÈRE DU PROFESSIONNEL.

— Les dispositions que nous avons envisagées ont surtout pour but d'arrêter l'incapable au moment de son entrée dans la carrière. Elles sont sans efficacité vis-à-vis des maladies acquises qui ne se manifestent qu'à l'âge moyen de la vie et, comme nous l'avons indiqué, de telles affections, qu'elles atteignent les organes des sens, l'appareil cardio-vasculaire, le système nerveux central, sont des causes fréquentes d'incapacité. L'intérêt qui s'attache à dépister de tels états est d'autant plus réel que très souvent en vertu de l'adaptation fonctionnelle ancienne, par un phénomène d'automatisme, le travail peut être continué pendant un temps fort long, sans que rien dans la manière dont il est exécuté vienne déceler la lésion ou le trouble, au moins dans les conditions habituelles ; mais qu'un fait exceptionnel, anormal, se produise qui nécessite d'autres réflexes que les réflexes de chaque jour et

l'accident a lieu. Nous croyons donc à l'utilité d'un tel examen chez les professionnels, surtout lorsqu'en raison de la présence de ces derniers dans un service public, une question de sécurité générale intervient alors.

Ici encore, l'assimilation peut être faite avec ce qui a lieu dans les grandes Compagnies de chemins de fer ; toutes les fois qu'un employé, notamment mécanicien est pourvu à un grade supérieur, un examen médical est obligatoire pour rechercher s'il est en état de remplir ses nouvelles fonctions.

C. — EXPERTISE EN CAS D'ACCIDENT. — Le dispositif ci-dessus ne vise que les professionnels. D'autre part, il ne permet pas, ou tout au moins ne permet pas complètement de reconnaître des états épisodiques, tels par exemple que l'épilepsie ; nous croyons indispensable qu'une expertise médicale soit pratiquée lorsqu'après un accident d'automobile, la faute du chauffeur aura été nettement mise en évidence et que, d'autre part, l'examen du cas particulier aura fait apparaître chez le conducteur une faute lourde difficilement explicable.

A l'heure actuelle, le magistrat a la possibilité de demander au Préfet le retrait du permis de conduire ; il se base sur la gravité exceptionnelle de l'accident, alors que celle-ci n'est souvent pas en rapport avec la gravité de la faute.

Le retrait du permis de conduire est assurément la sanction la plus grave qui puisse être appliquée ; aussi les Préfets ne la prennent que très exceptionnellement ; d'ailleurs, les recommandations de tous ordres ne manquent pas de se produire alors.

Les mesures que nous préconisons fourniraient au magistrat des bases solides et plus valables d'appréciation et même dans les cas où il n'y aurait pas mort d'homme, une inaptitude définitive du coupable pourrait être décelée. Il est évident, d'autre part, que les conclusions de l'expert médical offriraient à l'administration un argument dont elle pourrait avec raison se servir pour résister aux sollicitations.

D'une manière générale, une pénalité professionnelle constitue un mode de punition extrêmement effectif susceptible d'exercer l'action prophylactique la plus heureuse.

*
**

Ces règles que la société est dans l'obligation d'imposer à certains de ses membres ne pourraient qu'amener une amélioration de la profession et, d'autre part, elles pourraient permettre de dépister des lésions souvent ignorées auxquelles un traitement curatif judicieusement et précocement appliqué serait susceptible d'apporter une guérison ou tout au moins une amélioration suffisante pour permettre dans certains cas l'accession à l'emploi de chauffeur ; même en restant moins optimiste c'est très souvent le pronostic qui changerait de forme.

Mais on pourra se trouver en présence du cas suivant :

Un chauffeur, dans l'intervalle des visites est soigné dans un dispensaire d'hygiène mentale ou bien est hospitalisé pour manifestations épileptiques ou plus généralement encore, il est soigné par un médecin

pour une contre-indication absolue, mais non évidente à la conduite de l'automobile. Dans les conditions actuelles, le médecin, qu'il intervienne à titre de médecin habituel du client ou de médecin, chef de service dans un hôpital ou dans un dispensaire, doit observer la règle du secret.

Et pourtant le silence qui lui est imposé par la loi, peut être lourd de conséquences, d'autant plus fâcheuses, qu'elles seront non seulement d'ordre matériel et supportées par l'employeur de l'ouvrier, mais qu'elles auront pour effet la suppression d'existences humaines innocentes qui n'ont eu aucun moyen de défense.

Cette considération s'ajoute aux cas à diagnostic impossible (Rapport Piédelièvre) et marque qu'il existe des cas pratiquement insolubles.

Les règles que nous préconisons n'éviteront donc pas tout le mal, mais nous voudrions que des faits qui, jusqu'à maintenant, n'ont pas attiré l'attention des pouvoirs publics, fussent éclairés à la lumière d'un avis médical compétent ; nous désirerions par exemple que le cas suivant relevé par nous à la préfecture de police fut expliqué d'une manière satisfaisante.

Blessure causée par un chauffeur qui avait « abandonné la direction ». Quelque bizarre qu'il ait pu paraître, ce geste resta inexpliqué et le chauffeur doit avoir repris le volant depuis longtemps.

Et ces gestes pour le moins inattendus de la part de conducteurs de taxis ne devraient-ils pas mettre en éveil notre curiosité ?

« Circulation à gauche ». « Inobservation du droit de priorité », etc.

Ces considérations intéressantes, parce qu'elles se rapportent à des faits graves et relativement fréquents, mais susceptibles, c'est notre conviction, pour beaucoup d'entre eux d'être évités, ne méritaient-elles pas de retenir notre attention. Et à côté des règles de pénalisation ou de réparation du dommage causé au point de vue civil, la société ne se doit-elle pas, pour enrayer le mal et le prendre à ses origines, d'établir une prophylaxie efficace? Son droit à la répression en serait d'ailleurs affirmé d'autant puisque certaines circonstances atténuantes qu'elle favorise jusqu'à maintenant ne seraient plus admises.

C'est en restant dans les limites de la prudence que l'on évitera le reproche de poursuivre une tâche théorique.

Le mal est assez grand pour que le problème ait valu la peine d'être envisagé et nous serions trop heureux au début de notre carrière si notre modeste travail contribuait à atténuer ou à abolir dans certains cas la souffrance.

CONCLUSIONS

I. — Les accidents d'automobile suivent, dans leur progression un développement parallèle à celui de la locomotion automobile.

L'accident d'automobile est, à l'heure actuelle, la forme la plus fréquente des faits poursuivis comme homicides ou blessures par imprudence.

II. — Les trois causes parfois associées qui peuvent être à la base de l'accident d'automobile (la route, la voiture, la personne), la troisième prime de beaucoup les deux autres en importance ; huit ou neuf fois sur dix, l'accident d'automobile résulte de la faute de la victime ou de celle du conducteur. Dans au moins un tiers du chiffre total des accidents, la faute du chauffeur est nettement caractérisée.

III. — L'automobiliste qui cause un accident est souvent un sujet qui n'est pas ou n'est plus physiquement apte à conduire un véhicule automobile.

Cette inaptitude est selon les cas absolue ou relative, définitive ou temporaire. Parmi les causes qui la créait le plus souvent, il convient de signaler : des intoxications (alcoolisme surtout), des maladies menta-

les et de troubles du fonctionnement nerveux, des insuffisances sensorielles, des mutilations.

IV. — Une prophylaxie de l'accident d'automobile pourrait être réalisée par un examen médical pratiqué selon des modalités diverses.

Obligatoire au moment de la demande du permis de conduire, il établirait si le candidat ne présente pas un état physique qui crée une contre-indication absolue à la conduite d'un véhicule automobile.

Systématique après tout accident engageant nettement la responsabilité de l'automobiliste, il permettrait de reconnaître l'existence de maladies ou de tares acquises ou développées depuis l'obtention du permis.

Il serait, en outre, désirable qu'un examen médical fut périodiquement pratiqué chez les professionnels ; ceux-ci étant, en cas d'inaptitude, particulièrement dangereux pour la sécurité publique.

V. — Les mesures ci-dessus n'auraient sans doute pas pour effet de prévenir tous les accidents d'automobile ; mais elles diminueraient leur nombre en une proportion vraisemblablement importante.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ETIENNE-MARTIN

Vu et permis d'imprimer :

Lyon le 18 1Novembre 1925

Pour le Recteur et par délégation :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
L. JOSSERAND.

